

**Анкилозирующий
спондилит и другие
серонегативные
спондилоартропатии**

Рабочая классификация и номенклатура ревматических болезней (1988г.)

VI. Болезнь Бехтерева и другие артриты, сочетающиеся со спондилоартритом.

- 1.0. Анкилозирующий спондилоартрит
(болезнь Бехтерева)
- 2.0. Болезнь Рейтера
- 3.0. Псориатический артрит
- 4.0. Артриты при хронических заболеваниях
кишечника: (неспецифический язвенный
колит, болезнь Крона)

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТОВ

(по Amor В. и соавт.)

А. Признаки клинические или анамнестические:

1. Ночные боли в поясничной области и/или утренняя скованность в пояснице или спине 1 балл
2. Олигоартрит асимметричный 2 балла
3. Периодические боли в ягодицах 2 балла
4. Сосискообразные пальцы на кистях, стопах 2 балла
5. Талалгии или другие энтезопатии 2 балла
6. Ирит 2 балла
7. Негонококковый уретрит, цервицит менее, чем за 1 месяц до дебюта артрита 1 балл
8. Диарея, менее, чем за 1 месяц до дебюта артр. 1 балл
9. Наличие в настоящем или в анамнезе псориаза и/или баланита или хронического энтерокол. 2 балл

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТОВ

(по Amor В. и соавт.)

Б. Рентгенологические признаки:

Сакроилеит (двусторонний II стадии или односторонний III-IV стадии) 3 б

В. Генетические особенности:

Наличие HLA-B27 и/или наличие у родственников в анамнезе пельвиоспондилита, синдрома Рейтера, псориаза, увеита, хронического энтерокол. 2 б

Г. Чувствительность к лечению:

Уменьшение болей за 48 часов при приеме НПВП и/или стабилизация при раннем рецидиве 1 б

АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ

системное воспалительное заболевание позвоночника(спондилит) и крестцово-подвздошных сочленений(сакроилеит), периферических суставов и энтезисов.



- распространенность в популяции до 0,5 %;
- чаще поражает подростков от 15 лет и мужчин в возрасте до 40 лет;
- ассоциация с антигеном HLA-B27 в 95% случаев;
- бремя болезни сопоставимо с ущербом от РА;
- поздняя диагностика;
- неудовлетворительные результаты лечения

Патогенез АСА

2 гипотезы формирования заболевания:

- Феномен молекулярной мимикрии, основанной на сходстве белков HLA-B27 с эпитопами бактерий (*Klebsiella*, *Yersinia*, *Chlamydia trachomatis*) – могут возникать аутоиммунные реакции с появлением антител и цитотоксических лимфоцитов.
- Аномалия сборки цепи белковой молекулы HLA-B27 с избыточным синтезом провоспалительных медиаторов.

Ранние критерии болезни Бехтерева

- Боли постоянные в пояснично-крестцовом или грудном отделе позвоночника
- Боли в ягодичной области с иррадиацией в ногу
- Поражение тазобедренного или коленного сустава у молодых
- Боли и припухлость в грудино-ключичном сочленении

- Тугоподвижность в поясничном отделе (не менее 5 см)
- Ирит, иридоциклит
- Двусторонний сакроилеит
- Увеличение СОЭ

МЫШЕЧНО-СКЕЛЕТНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АС

- Исчезновение поясничного лордоза с атрофией ягодичных мышц;
- Грудной гиперкифоз, уменьшение экскурсии грудной клетки, наклон туловища вниз и сгибание ног в коленных суставах;
- Резкое ограничение подвижности шейного отдела позвоночника;
- Поражение тазобедренных суставов;
- Раннее формирование двухстороннего сакроилеита;
- Энтезопатии;
- Возможность поражения периферических суставов.



Критерии поздней стадии болезни Бехтерева

- Боли в позвоночнике
- Нарушение осанки
- Атрофия прямых мышц спины
- Ограничение подвижности грудной клетки на уровне 4 грудного позвонка до 1-4 см
- Анкилоз крестцово-подвздошного отдела
- Синдесмофиты
- Поражение суставов
- Поражение внутренних органов

Системные проявления

- снижение массы тела, субфебрилитет,
- лимфаденопатия,
- острый передний увеит,
- аортит,
- фиброз верхушек легких,
- амилоидоз почек, кишечника,
- положительные острофазовые реакции: СОЭ, СРБ, фибриноген,
- HLA-B27 в 95% случаев,
- серонегативность по РФ,
- повышение IgA в крови.

**КЛАССИФИКАЦИЯ
БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА
(ББ)**

По течению ББ выделяют:

- медленно прогрессирующее
- медленно прогрессирующее с периодами обострения
- быстро прогрессирующее – за короткий срок приводит к полному анкилозу
- септический вариант, характеризующийся острым началом, проливными потами, ознобами, лихорадкой и быстрым проявлением висцеритов.

Стадии ББ

I – начальная, или ранняя:

умеренное ограничение движений в позвоночнике или в пораженных суставах;
Rg -изменения могут отсутствовать либо определяются нечеткость или неровность поверхности крестцово-подвздошных сочленений, очаги субхондрального остеосклероза, расширение суставных щелей;

II – умеренное ограничение движений в позвоночнике или периферических суставах, сужение щелей крестцово-подвздошных сочленений или их частичное анкилозирование, сужение межпозвоночных суставных щелей или признаки анкилоза суставов позвоночника;

III – поздняя: значительное
ограничение движений в
позвоночнике или крупных суставах
вследствие их анкилозирования,
костный анкилоз крестцово-
подвздошных сочленений,
межпозвонковых и реберно-
позвонковых суставов с наличием
оссификации связочного аппарата.

Три степени активности

- I – минимальная: небольшая скованность и боли в позвоночнике и суставах конечностей по утрам, СОЭ до 20 мм/час, СРБ 6-12 мкмоль/л;
- II – умеренная: постоянные боли в позвоночнике и суставах, утренняя скованность – несколько часов, СОЭ до 40 мм/час, СРБ 12-24 мкмоль/л;
- III – выраженная: сильные постоянные боли в позвоночнике и суставах, скованность в течение всего дня, экссудативные изменения в суставах, субфебрильная температура, висцеральные проявления, СОЭ – более 40 мм/час, СРБ – больше 24 мкмоль/л.

Степени функциональной недостаточности суставов (ФНС)

- I – изменение физиологических изгибов позвоночника, ограничение подвижности позвоночника и суставов;
- II – значительное ограничение подвижности позвоночника и суставов, вследствие чего больной вынужден менять профессию (III группа инвалидности);
- III – анкилоз всех отделов позвоночника и тазобедренных суставов, вызывающий полную потерю трудоспособности (II группа инвалидности) либо невозможность самообслуживания (I группа инвалидности).

ЛЕЧЕНИЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА

– Кинезотерапия

- сохранение подвижности
- правильное дыхание
- релаксация

– Санация очагов инфекции

– ЛФК

–НПВП

–Базисная терапия:

Сульфосалазин 2-3 грамма/сутки

Метотрексат 7,5-20 мг/неделю

–ГКС:

внутрисуставно

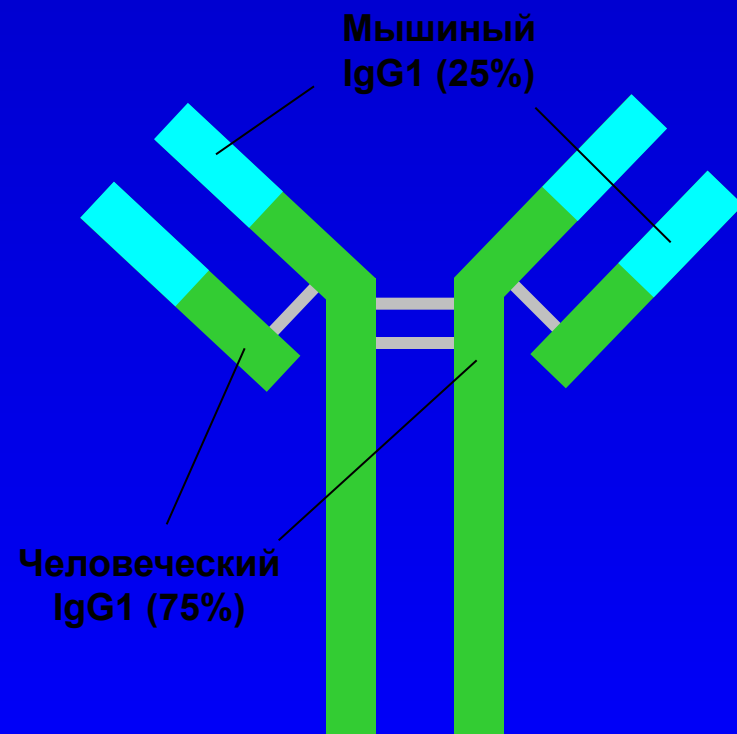
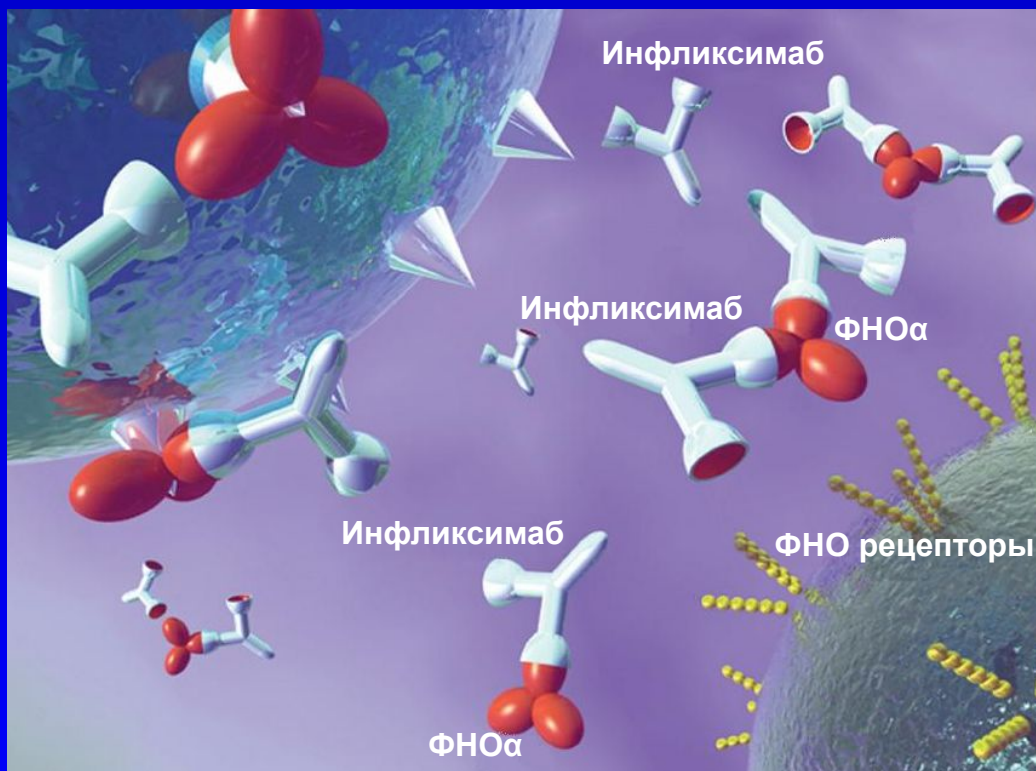
пульс-терапия ГКС+метотрексат

- Миорелаксанты (мидокалм, сирдалуд)
- Энзимотерапия (вобензим)
- Сосудистая терапия (трентал, курантил, никотиновая кислота и др.)
- Плазмаферез (в рамках СПИТ)
- Антицитокиновая терапия – Инфликсимаб (ремикейд) 5 мг/кг веса
- Физиолечение. Массаж
- Хирургическое лечение (эндопротезирование ТЗБС и др.)
- Санаторно-курортное лечение

НПВП при АС

- Терапия НПВП – один из методов диагностики АС (рефрактерный АС – не отвечает на лечение НПВП);
- Обеспечивают кратковременное симптоматическое улучшение;
- Нет четкого мнения о преимуществах систематического применения перед приемом по потребности;
- Не влияют на развитие структурных повреждений.

ИНФЛИКСИМАБ



ИНФЛИКСИМАБ

- Химерное соединение на основе гибридных мышиных (25%) и человеческих (75%) IgG1 моноклональных антител к ФНО α
- Связывается с фактором некроза опухоли альфа (ФНО α) с высокой специфичностью, афинностью и авидностью
- Нейтрализует растворимый и трансмембранный ФНО α

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

- Анкилозирующий спондилит (АС)
 - Лечение больных, страдающих АС с выраженными аксиальными симптомами и лабораторными признаками воспалительной активности, не ответивших на стандартную терапию

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- Реакции повышенной чувствительности на Инфликсимаб, другие мышинные белки, а также на любой из неактивных компонентов препарата
- Тяжелый инфекционный процесс, например, сепсис, абсцесс, туберкулез или иная оппортунистическая инфекция
- Сердечная недостаточность – тяжелая или средней степени тяжести
- Беременность и грудное вскармливание
- Возраст менее 18 лет

Псориазная артропатия

системное прогрессирующее заболевание, ассоциированное с псориазом, приводящее к развитию эрозивного артрита, остеолизису, множественным энтезитами и спондилоартриту.

Псориазическая артропатия

- Развивается у 23-30% больных псориазом
- Поражает мужчин и женщин в одинаковой степени
- Дебют заболевания в возрасте от 20 до 50 лет



Псориазическая артропатия

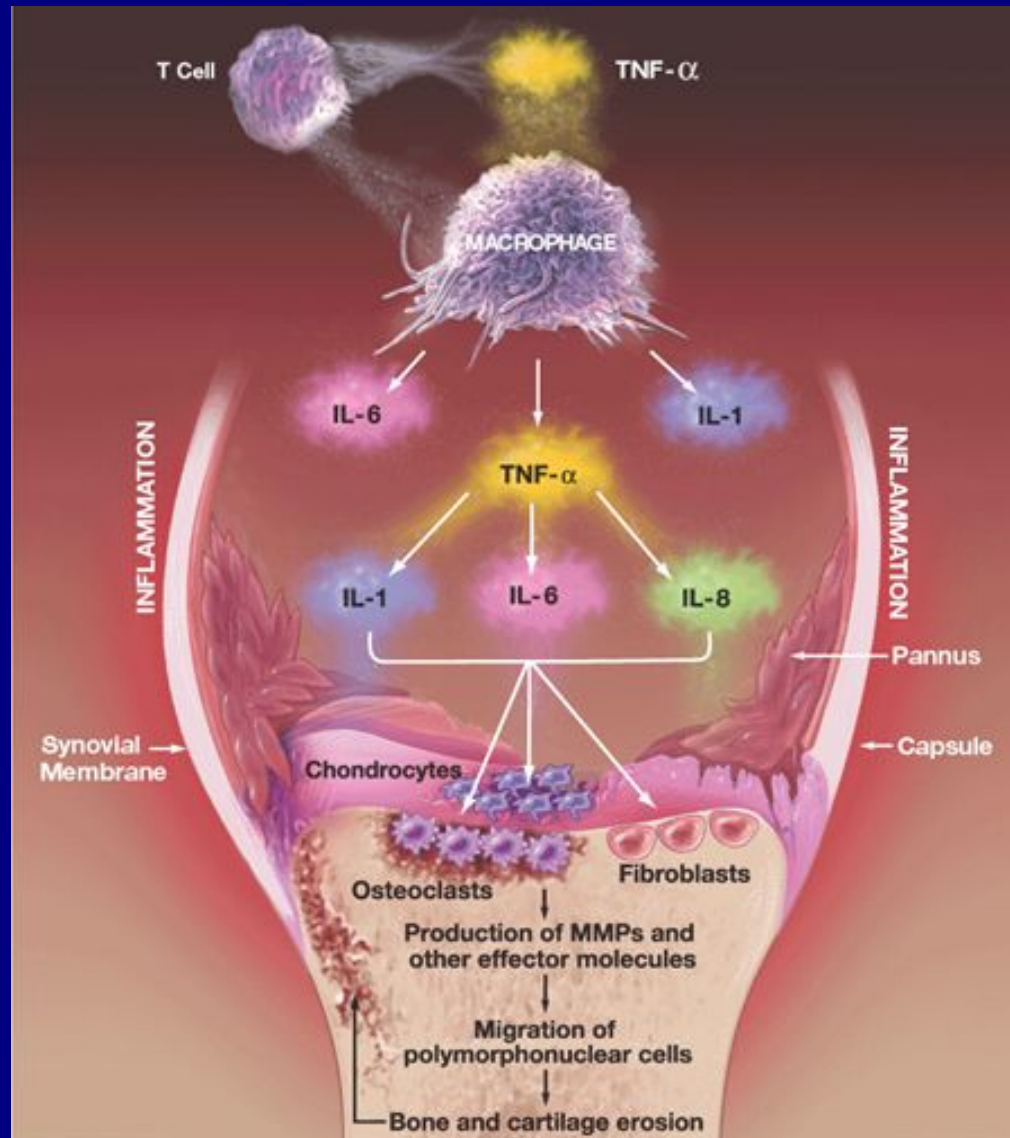
Тяжелое инвалидизирующее заболевание



Этиология и патогенез

- Этиология не известна: средовые факторы – травма, инфекция, нервно-физическая перегрузка.
- Заболевание возникает в результате сложных взаимодействий между генетическими и факторами внешней среды.
- HLA-B27 с сакроилеитом, HLA-DR4 при полиартикулярной форме
- Заболевание обусловлено нарушением T клеточного иммунитета – основная роль отводится $\text{ФНО}\alpha$ – ключевому провоспалительному цитокину. Кератоциты получают сигнал к усиленной пролиферации при высвобождении T лимфоцитами провоспалительных цитокинов. В самих псориатических бляшках высокий уровень $\text{ФНО}\alpha$.
- С высоким уровнем $\text{ФНО}\alpha$ связывают лихорадку, энтезопатии, остеолиз, деструкция суставов, ишемический некроз.

Патофизиология псориатической артропатии



Диагностический критерий псориатической артропатии

У 80% пациентов
наблюдаются поражения
ногтей

Поражения ногтей
Являются
диагностическим
критерием
артропатического
псориаза на начальной
стадии заболевания



ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА (Mathies, 1974)

- Поражение дистальных межфаланговых суставов пальцев.
- Одновременное поражение пястно-фалангового (плюснефалангового), проксимального и дистального межфаланговых суставов, «осевое поражение».
- Поражение суставов стоп, в том числе большого пальца.
- Боли в пятках (подпяточный бурсит).

-
- Наличие псориатических бляшек на коже или типичное для псориаза изменение ногтей (подтверждается дерматологом).
 - Псориаз у ближайших родственников.
 - Отрицательные реакции на ревматоидный фактор.

-
- характерные рентгенологические данные: остеолизис, периостальные наложения. Отсутствие эпифизарного остеопороза.
 - клинические (чаще рентгенологические) симптомы одностороннего сакроилеита.
 - рентгенологические признаки спондилита — грубые паравертебральные оссификаты.

Классификация (Бадочкин В.В., 1995г)

Клиническая форма :

1. Тяжелая
2. Обычная
3. Злокачественная
4. Псориатический артрит в сочетании с:
 - ДЗСТ
 - Ревматизмом
 - Болезнью Рейтера
 - Подагрой

Клинико-анатомический вариант суставного синдрома

- Дистальный
- Моноолигоартритический
- Полиартритический
- Остеолитический
- Спондилоартритический

Системные проявления

1. А. Без системных проявлений

2. Б. С системными проявлениями:

- трофическими нарушениями, генерализованной
- амиотрофией, лимфаденопатией, кардитом,
- пороками сердца, неспецифическим реактивным
- гепатитом, циррозом печени, амилоидозом,
- диффузным гломерулонефритом, поражением
- глаз, неспецифическим уретритом, полиневритом,
- синдромом Рейно и т.д.

Цели лечения псориатической артропатии

- Облегчить боль и уменьшить воспаление
- Сохранить подвижность суставов
 - Агрессивная ранняя терапия для уменьшения вреда, наносимого ПсА и смертности
- Предотвратить прогрессию, включая
 - Повреждение тканей
 - Деформацию костей
- Контроль как кожных, так и суставных проявлений

ЛЕЧЕНИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

НПВП

- в подавляющих дозах (2-6 месяцев) – в последующем поддерживающие
- диклофенак: 150-200 мг/сутки – подавляющая; 100 мг – поддерживающая
- или по показаниям(селективные):
- нимесулид: 200 мг/сутки – подавляющая; 100 мг – поддерживающая
- мелоксикам: 15мг-подавляющая; 7,5 мг – поддерживающая.
- эторикоксиб: 90мг/суточная – подавляющая; 60мг – поддерживающая.

ГКС

- При высокой степени активности – **преднизолон** 5-7,5 мг/сутки короткими курсами (6-8 недель).
- внутрисуставные инъекции **суспензии дипроспана 1,0 мл** -эквивалентен 4 мг бетаметазона, включающего **бетаметазона натрия фосфат**, который обеспечивает быстрый эффект (выводится в течение 1 дня) и **бетаметазон дипропионат** с длительным действием – выводиться в течение 10 дней. Не более 3 инъекций в один и тот же сустав.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ

Пульс-терапия солумедролом от 500 до 1000 мг
№3; во 2 день метотрексатом от 40 до 100 мг
№1

- плазмаферез в сочетании с UV или лазерным облучением аутокрови
- коррекция реологических свойств крови: реополиглюкин 400 мл, пентоксифиллин, дипиридамол – 6-8 инфузий на курс
- гепаринотерапия: 5000 МЕ п/к в область живота 4 раза/сутки курсами 2-3 недели или фраксипарин 0,3-2 раза в сутки.

БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ год и более

- сульфосалазин 2,0/сутки
- метотрексат 7,5-25 мг/неделю – золотой стандарт
- препараты золота
- лефлуномид 100 мг – 3 дня, затем 20 мг/сутки
- циклоспорин А 2,5-3,0 мг на кг веса
- антицитокиновая терапия – Инфликсимаб (ремикейд) 5 мг/кг веса

ФИЗИОЛЕЧЕНИЕ

- пуватерапия (искусственная фототерапия с использованием фотосенсибилизатора псоралена за 2 часа до процедуры).
- ЛФК

Программа интенсивной терапии псориатической артропатии высокой степени активности, резистентной к стандартной терапии

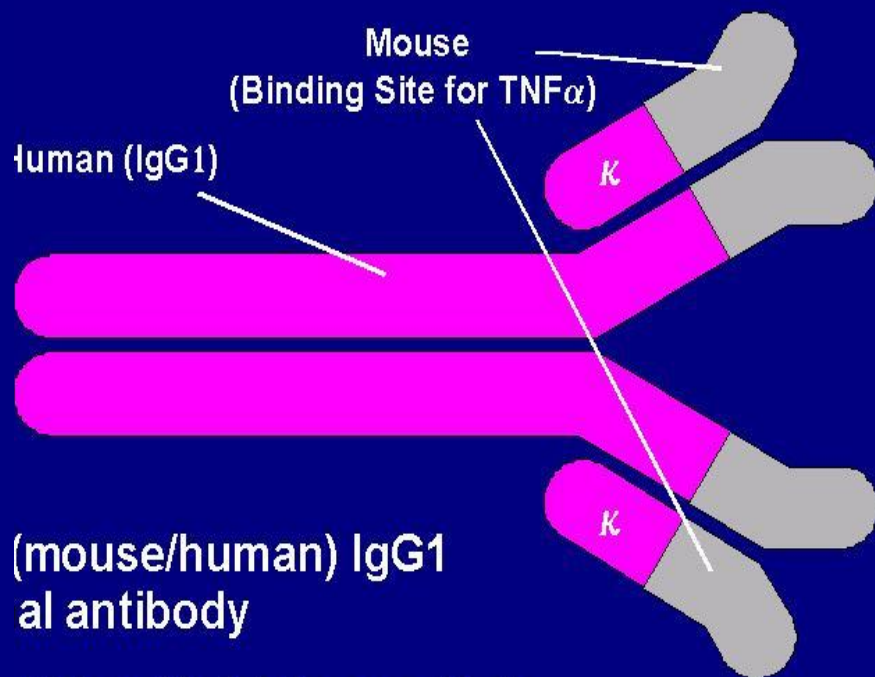
- МЕТОТРЕКСАТ 100 мг внутривенно капельно - 1 раз в 2 недели на протяжении 2-х месяцев #4
- синхронно в/в 250 мг МЕТИПРЕДА
- ФОЛИЕВАЯ КИСЛОТА 5 мг в течение 3-х суток.
- Базисная терапия МЕТОТРЕКСАТОМ в дозе 15-25 мг/неделю в/м.

Ремикейд зарегистрирован в мае 2005 при псориатической артропатии

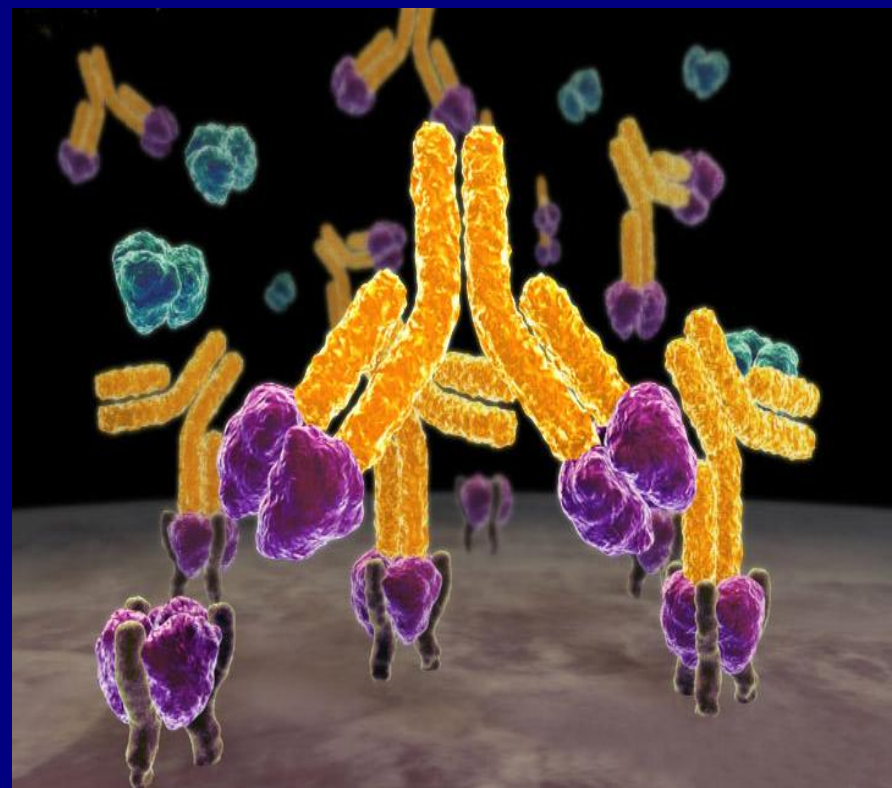
- Ремикейд в комбинации с МТ показан для:
 - Лечения активного и прогрессирующего артропатического псориаза у пациентов с неадекватным ответом на БМАРП.
- Дозировка
 - 5 мг/кг в/в не менее 2 часов, далее через 2 и 6 недели, потом каждые 6-8 недель.
 - Эффективность и безопасность продемонстрированы в комбинации с МТ.

Моноклональные антитела к ФНО- α (Infliximab, РЕМИКЕЙД)

Структура



Механизм действия



- Связываются с ФНО - α с высокой специфичностью, афинностью и авидностью
- Нейтрализуют растворимый и мембранный ФНО- α

Псориазическая артропатия



До инфликсимаба
При неэффективности
системной терапии



После 4 инфузий
Ремикейда 5 мг/кг

Courtesy of Alan Menter, MD.

Безопасность

- Перед назначением Ремикейда обязательно проведение пробы Манту
- У пациента не должно быть активного инфекционного процесса
- При повышенной чувствительности к Инфликсимабу необходимо проведение премедикации перед введением Ремикейда

Ремикейд

- Быстро обеспечивает более чем 50% улучшение PASI у всех пациентов
- Одинаково эффективен как при кожных, так и суставных проявлениях псориатической артропатии

Реактивные артриты

Определение

Реактивные артриты – воспалительные, негнойные заболевания суставов, развивающиеся (не позже чем через 1 месяц после *Chlamydia trachomatis*-урогенитальные) или острой кишечной инфекции (*Yersinia enterocolitica* – энтероколитические) у носителей HLA-B27.

Рабочая классификация и номенклатура ревматических болезней (1988г.)

VI. Болезнь Бехтерева и другие артриты, сочетающиеся со спондилоартритом.

- 1.0. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева)
- 2.0. Болезнь Рейтера
- 3.0. Псориатический артрит
- 4.0. Артриты при хронических заболеваниях кишечника:
(неспецифический язвенный колит, болезнь Крона)

VII. Артриты, связанные с инфекцией

I. ОСТРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ АРТРИТЫ.

1. Бактериальные

- Стафилококковые, гонококковые, бруцеллезные, спирохетозносивилитические, микобактериальные-туберкулезные и др.
- Лаймовская болезнь
- Болезнь Уиппла

2. Вирусные

- При краснухе, эпидемическом паротите, ветряной оспе и др.
- Карельская лихорадка

3. Грибковые

4. Паразитарные

Артриты, связанные с инфекцией

II. РЕАКТИВНЫЕ АРТРИТЫ.

1. Постэнтероколитические (шигеллез, иерсиниоз, сальмонеллез, клебсиеллез и др.)
2. Урогенитальные (исключая болезнь Рейтера и гонорею)
3. После носоглоточной инфекции
4. При кишечном шунтировании
5. После других инфекций

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

- Развитие заболевания у лиц молодого возраста (до 30-40 лет).
- Хронологическая связь с инфекцией.
- Начало артрита, как правило, острое.
- Моно-, олиго-, реже полиартикулярный тип поражения суставов.
- Асимметричный артрит.
- Преимущественное поражение суставов нижних конечностей

Синдром Рейтера

- Заболевание развивается у генетически предрасположенных лиц (носителей HLA-B27) и относится к группе спондилоартритов.
- Выделяют:
 - Урогенный, венерический (частота 4,6 на 100 тысяч населения);
 - Энтерогенный (частота 5,0 на 100 тысяч населения).

- Нередко – поражение сухожильно-связочного аппарата и бурс (ахиллобурсит, подпяточный бурсит и пр.).
- Серонегативность по ревматоидному фактору.
- Относительно доброкачественное течение, нередко с полным обратным развитием суставного синдрома.

ПРИМЕЧАНИЕ: Реактивный артрит может быть дебютом болезни Рейтера, болезни Бехтерева, ревматоидного артрита и других заболеваний суставов.

Патогенез болезни Рейтера

- Основополагающий фактор-носительство HLA-B27 (в 50-80%), повышается вероятность заболевания в 50 раз.
- Белок, продуцируемый этим геном, участвует в клеточных иммунных реакциях, являясь рецептором для бактерий, что способствует персистенции инфекции.
- Иммунный ответ направлен не только против инфекции, но и собственных тканей.
- Не адекватный генетический ответ CD4 Т-клеток на инфекцию, недостаточная элиминация микробов и их антигенов из полости сустава (не эффективный иммунный ответ).

Chlamydia trachomatis

- Мелкие Грам отрицательные микроорганизмы, приспособленные к внутриклеточному паразитированию, вызывающие трахому в развивающихся странах при плохих санитарно-гигиенических условиях.
- В развитых странах заболевание передается половым путем, встречается в 2-3 раза чаще, чем гонорея. Основной контингент – мужчины, в 20 раз чаще, чем женщины (предположение – HLA-B27 сцеплен с полом).
- Место взятия образца должно быть очищено от экссудата дополнительным ватным тампоном.
- Важно производить забор клеток, а не мукоидного секрета – тампон вести в уретру или шейку матки на 2-3см., несколько раз повернуть и извлечь наружу(соскоб, а не мазок).
- Посев должен быть произведен в течение 1 дня после забора материала.

Идентификация триггерного микроорганизма (*Chlamydia trachomatis*)

- Микробиологический метод – перенос соскобов эпителия из уретры и цервикального канала на культуру клеток Мак-Коя.
- Иммунологический метод – определение антител (Ig A, Ig M, Ig G) к инфекционным агентам (ИФА) вспомогательное значение:
 - Ig M – острая стадия
 - Ig A – хроническое течение
 - Ig G – реинфекция (из-за низкой иммуногенности)

- Определение антигенов хламидий посредством обработки материала соскобов моноклональными антителами, меченными флюорохромом (ПИФ).

Чувствительность метода – 95%.

- Амплификация фрагментов нуклеиновых кислот хламидий (ПЦР).

Для повышения достоверности результатов исследования – одновременное использование нескольких тест-систем у одного пациента.

Клинические проявления болезни Рейтера

- Негонококковый уретрит начинается через 7-28 дней после случайной половой связи, но не бывает таким острым, как при гонорее. Может сочетаться с гонореей (редко) и служить триггером.
- Через 1-1,5 месяца – асимметричный артрит нижних конечностей – сосискообразная деформация пальцев стоп, прежде всего 1 пальца, тарзит, гонит, тендиниты, бурситы, сакроилеит.
- Конъюнктивит, редко увеит.
- Важны: урологическое исследование – секрет предстательной железы; гинекологическое с мазками
- Внимание даже на небольшую лейкоцитурию.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА

1. Асимметричное поражение коленных, голеностопных, мелких суставов стоп и крестцово-подвздошного сочленения.
2. Уретрит, цистит, простатит.
3. Конъюнктивит.
4. Поверхностные эрозии языка.

5. Баланит
6. Кератодермия подошв
7. Диарея в дебюте заболевания
8. Лихорадка

Для достоверного диагноза необходимо наличие «триады» - артрит, уретрит, конъюнктивит.

Варианты течения болезни Рейтера

- Острый – продолжительность 3 месяца;
- Подострое- от 3 до 6 месяцев;
- Затяжное течение – от 6 месяцев до 1 года;
- Хроническое – более 1 года в виде атипичного серонегативного артрита (20-30% случаев) .
- Рецидивы объясняются: как реинфекцией, так и персистирующей инфекцией.
- Дифференциальный диагноз с гонококковым артритом: при котором **НЕТ** глазных симптомов, **НЕТ** поражения слизистой полости рта, половых органов

ЛЕЧЕНИЕ УРОГЕННЫХ АРТРИТОВ

- Санация очага инфекции в урогенитальном тракте, в том числе полового партнера.
- Лечение суставного синдрома.
- Реабилитационные меры.

АНТИБИОТИКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ УРОГЕННОГО АРТРИТА

- 7-15 дневные курсы антибиотикотерапии при неосложненном урогенитальном хламидиозе
- 28-30 дневные курсы антибиотикотерапии при осложненном урогенитальном хламидиозе

ТЕТРАЦИКЛИНЫ

- Доксициклин 0,2-0,3 г/сут в 2-3 приема

МАКРОЛИДЫ

- Эритромицин 2,0 г/сут в 4 приема
- Эритромицина ацистрат 1,2 г/сут в 3 приема
- Азитромицин 1,0 г/сут в первый день, далее по 0,5 г в 1 прием
- Джозамицин 1,5г/сут в 3 приема
- Рокситромицин 0,3 г/сут в 2 приема

ФТОРХИНОЛОНЫ

- Ципрофлоксацин 1,5 г. в 2-3 приема
- Ломефлоксацин 0,4-0,8 г. в 1-2 приема
- Спарфлоксацин 0,4 г. 1-ый день,
затем по 0,2 г.

курс лечения 20 дней

РИФАМПИЦИН

0,9 г. в 3 приема

ХЛОРАМФЕНИКОЛ

2,0 г. в 4 приема

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ:

- Джозамицин 1,5г. в сутки +
ципрофлоксацин 1,5г. в сутки
14 дней.

Иммуномодулирующая терапия

Схема назначения циклоферона при реактивном артрите

- Циклоферон 2 мл 12,5% р-р внутримышечно в 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26, 29 день, начиная со второго дня антибактериальной терапии.
- Повторный курс лечения циклофероном через 2-4 недели.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЕКОТОРЫХ СПОНДИЛОАРТРОПАТИЙ

Признак	Болезнь Бехтерева	Псориатический артрит	Реактивные артриты
Пол	Преимущественно мужчины (90%)	Мужчины и женщины заболевают одинаково часто	Преимущественно мужчины
Возраст	15-40	20-45	20-30
Начало	Постепенное	Постепенное	Острое
Течение	Медленно прогрессирующее	Медленно прогрессирующее (кроме тяжелых случаев)	Рецидивирующее
Поражение кожи и подкожно-жировой клетчатки	Не характерно	Псориатические бляшки	Кератодермия ладоней или подошв Псориазоподобная сыпь

Поражение слизистых оболочек	Не характерно	Стоматит глоссит	Стоматит
Сакроилеит	Всегда двусторонний	Часто односторонний	односторонний
Поражение позвоночника	Все отделы	Часто поясничный отдел	Редко поясничный отдел
Поражение глаз	Часто увеит, иридоциклит	Редко конъюнктивит	Часто конъюнктивит
Поражение внутренних органов	Редко(сердце, аорта, почки)	Редко(почки, сердце)	Часто уретрит, цистит